ITEM 355 : HÉMORRAGIE DIGESTIVE

<table>
<tr><td rowspan="4">ÉTIOLOGIES</td><td>Épidémie
Rang B LiSA
Rang A HGE</td><td colspan="3">- 145 cas/100 000 habitants ; âge médian 70 ans.
- 80 % origine haute avec 3 à 10 % de mortalité ; dont 30 % sur UGD (2,5-5 % de décès) et 10-20 % hémorragie par HTP (10-20 % de décès à 6 semaines).
- 20 % origine basse avec 2 à 8 % de mortalité et 70 % d'arrêt spontané, mais récidive fréquente ; 90 % d'origine colo/ano rectal.</td></tr>
<tr><td>Hémorragie digestive haute

80 %</td><td colspan="3">= En amont de l'angle duodéno-jéjunal de Treitz (= distinction anatomique, mais attention une hémorragie dig haute peut s'extérioriser par l'anus, il s'agira tjrs d'une HDH).
- Ulcère gastro-duodénal (30-60 %) : hémorragie massive si face postérieure du bulbe duodénal (artère gastro-duodénale)/petite courbure gastrique (artère gastrique gauche).
- Sur hypertension portale (3-20 %) : varice œsophagienne ou cardio-tubérositaire, gastropathie hypertensive, ectasies vasculaires antrales.
- Érosions gastro-duodénales (7-20 %).
- Oesophagite ou gastrite (1-10 %) : peptique, radique ou caustique.
- Cancer de l'estomac ou de l'œsophage (1-5 %) : terrain tabac/OH/RGO (cancer oeso), ATCD fam/H. Pylori (cancer gastrique).
- Syndrome de Mallory-Weiss (1-10 %) : lacération longitudinale muqueuse par un effort de vomissement.
- Ulcération de Dieulafoy (<1 %) : ulcération muqueuse en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée.
- Autres (rares) : malformation vasculaire (angiodysplasies 1-5%), hémobilie, wirsungorragie, fistule aorto-digestive.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hémorragie digestive basse

20 %</td><td>Colorectale ou anale
90 %</td><td colspan="2">- Maladie diverticulaire (30-40 %).
- MICI : RCH, Crohn (10 %).
- Post-polypectomie (5 %).
- Proctologique 5-20 % : hémorroïdes, rectite radique, fissure anale, ulcération trauma.
- Tumeur colique/rectale bénigne/maligne (5 %).
- Ectasie vasculaire = angiodysplasie colique (5 %).
- Colite ischémique (10 %) ou infectieuse (10 %).</td></tr>
<tr><td>Intestin grêle (5-10 %)</td><td colspan="2">- Angiodysplasie.
- Ulcération.
- Lésion tumorale.
– Diverticulose.
- Diverticule de Meckel.
- Maladie de Rendu-Osler.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">RÉVÉLATION</td><td colspan="4">- Anémie ferriprive en cas d'hémorragie occulte : anémie hyposidérémique arégénérative hypochrome.
- Hématémèse : hémorragie extériorisée lors d'un effort de vomissement ➙ origine toujours <u>haute</u>.
- Méléna : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide ➙ origine haute ou basse, en amont de l'angle colique droit, 80 % des mélénas sont d'origine haute.
- Rectorragie : émission par l'anus de sang rouge vif <u>NON</u> mélangé aux selles ➙ origine basse ou haute massive, avec ou sans diminution de l'hémoglobine (Hb stable le plus souvent : rectorragie ano-rectale, non-urgente sauf si continue).
- Hématochézie : émission par l'anus de sang rouge vif mélangé aux selles.
- Choc hémorragique/hypovolémique sans extériorisation de sang : évoquer une hémorragie digestive (notamment haute) : toucher rectal, mise en place d'une SNG.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Hémoptysie, épistaxis post déglutie, saignement gingival, saignement gynéco chez la femme.
- Vomissement de vin/betteraves, coloration rouge/noirâtre des sels sur prise de fer/charbon PO…</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE</td><td>Hémorragie digestive haute</td><td colspan="3">FDR : médicaments (AINS, anti-COX-2, aspirine, anticoagulants, sérotoninergique) et Hélicobacter Pylori.
- Présence de sang sur la sonde naso-gastrique : rouge vif si saignement actif, coloré si semi-récent.
➙ L'absence de sang n'élimine pas formellement une hémorragie haute (notamment duodénale).
- ATCD d'ulcère, douleur/défense épigastrique, prise d'AINS/anticoagulants, H.Pylori ➙ UGD.
- Contexte de cirrhose (ictère, angiome stellaire, circulation collatérale, ascite…) ➙ rupture de varice.
- Vomissements précédant les saignements ➙ syndrome de Mallory-Weiss.
- RGO, pyrosis ➙ œsophagite.
- HTPortale/cirrhose, sclérodermie/maladie auto-immune ➙ angiodysplasie.
- Prothèse/anévrysme de l'aorte abdominale, hémorragie grave avec choc ➙ fistule aorto-duodénale.</td></tr>
<tr><td>Hémorragie digestive basse</td><td colspan="3">- Contexte : modification récente du transit, prise de médicament (AINS/anticoagulants)…
- Séquence symptomatique douleur brutale suivie d'une diarrhée sanglante sans déglobulisation, contexte vasculaire, prise d'AINS/AAP, troubles du rythme cardiaque ➙ colite ischémique.
- Contexte de diarrhée/ATB, TIAC ➙ colite infectieuse.
- Notion de traumatisme ano-rectal (corps étranger intra-rectal : thermomètre, objets sexuels).
- Pathologie connue : hémorroïdes, diverticulose, CCR/plype colique.
- Palpation (masse abdominale) et TR (masse dure au TR).
- Si déglobulisation/méléna : rechercher les mêmes causes que l'hémorragie digestive haute (cause rarement basse si déglobulisation).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Endoscopie oeso-gastro-duodénale
(Rang A MIR, rang B LiSA)</td><td colspan="3">➙ En urgence immédiate si signe de gravité/instabilité HD, dans les 12 h si suspicion de rupture de varices œsophagiennes ou en urgence différée dans les 24 h si stable.
- En 1re intention si : suspi d'hémorragie digestive haute (hématémèse, méléna) ou toute hémorragie digestive basse avec mauvaise tolérance (déglobulisation, instabilité HD…)
- Chez un patient stable sur le plan hémodynamique (sinon réaliser un TDM injecté en 1re intention).
- Préparation (vidange gastrique) : érythromycine 250 mg IVL 30 minutes avant (après vérification du QT à l'ECG : risque d'allongement du QT torsade de pointe) ou SNG en aspiration.
- Diagnostic : origine haute des saignements.
- Thérapeutique : clip hémostatique, sclérose (injection de sérum adrénaliné), coagulation, ligature.</td></tr>
<tr><td>Endoscopie basse</td><td colspan="3">- Habituellement pas en urgence, après préparation si possible ++.
- Rectosigmoïdoscope : si rectorragie non massive et coloscopie totale impossible.
- Coloscopie totale + iléoscopie : en 2de intention après endoscopie oeso-gastro-duodénale et rectosigmoïdoscopie normales, ou en 1° intention si rectorragie non-massies, sous AG.
« Rectorragies bien tolérée = urgence différée : coloscopie avec préparation optimale ».</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="3">- Scanner abdomino-pelvien injecté (Rang A MIR, rang B LiSA) : visualisation d'un saignement actif ➙ en urgence si hémorragie massive avec endoscopie haute négative (guide une embolisation artérielle radiologique) ou si patient rectorragie chez un patient trop instable pour une endoscopie.
NB : examen d'imagerie notamment en coupe : pas utile dans majorité des cas, seulement en 2de intent°.
- Vidéo-capsule : discutée si endoscopie haute et coloscopie négatives ➙ recherche une origine grêlique.</td></tr>
<tr><td>PRONOSTIC</td><td colspan="4">➙ Le saignement cesse spontanément dans 80 % des cas : le but du traitement est de stopper un saignement encore actif et d'éviter la récidive hémorragique précoce.
- Facteur de bon pronostic : absence d'anémie, de méléna, de cardiopathie, de maladie hépatique, PAS > 100 mmHg, fréquence cardiaque < 100 bpm ➙ risque de récidive < 5 %.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC URGENTE</td><td>Gravité</td><td colspan="3">- Retentissement hémodynamique : FC, PA, malaise, signes de choc : pâleur, sueurs, lipothymie.
- Terrain : âge, hypertension portale, cardiopathie évoluée, antiagrégant/anticoagulant.
- Baisse de l'Hémoglobine à la phase initiale (attention l'Hb et l'Hte peuvent sous-estimer initialement la gravité d'une hémorragie aiguë).
- Évolution : instabilité hémodynamique malgré remplissage, mauvais rendement transfusionnel.
➙ La quantité de liquide sanglant extériorisée est un mauvais critère de jugement.
➙ Rectorragies avec déglobulisation, méléna ou hématémèse = tjrs des urgences.</td></tr>
<tr><td colspan="4">➙ Hospitalisation de tout patient présentant une hémorragie digestive (sauf d'allure proctologique et bien tolérée).
- Mise en conditions : VVP (1/2), oxygénation avec surveillance de la saturation, mise en réserve de culots globulaires.
- Bilan biologique en urgence : NFS, groupage sanguin x2, RAI, bilan d'hémostase, ionogramme, créatininémie.
- Compensation par cristalloïdes (max 1000 mL) et culots globulaires si retentissement hémodynamique.
Objectifs selon recommandation SFAR : PAM>65 mmHg, Fc < 100, Diurèse > 30 ml/min, Hb entre 7-9 g/dl (> 9 si maladie cardio-respiratoire ou choc, 7-8 en cas d'hypertension portale).
- SNG seulement si vomissements incoercibles, troubles de conscience ou doute diagnostique ➙ à éviter en cas de suspicion de varice œsophagienne.
- Pour hémorragie haute : fréquence des 2 principales causes (HTP et UGD) oblige souvent à démarrer en probabiliste avant l'endoscopie haute les traitements IV (IPP et traitement vaso-actifs) sauf orientation diagnostique formelle.
« Toute hémorragie digestive relève d'une endoscopie en 1re intention (en urgence ou non selon contexte). »</td></tr>
<tr><td rowspan="5">PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE</td><td rowspan="5">Ulcère gastro-duodénal</td><td rowspan="4">Période initiale</td><td colspan="2">TTT médical = anti-sécrétoire = IPP</td><td>- IPP en IV si signes de gravité : bolus de 80 mg puis 8 mg/h IVSE pendant 72 h (si Forrest I/IIa/IIb) ou relai per os (d'emblée si Forrest IIc/III).
- IPP en PO à pleine dose en l'absence de signe de gravité : poursuivi pendant 3 à 6 semaines.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT endoscopique</td><td></td><td>= Thermocoagulation (sonde thermique ou plasma d'argon) et/ou pose de clips : si saignement actif, caillot adhérent ou vaisseau visible.</td></tr>
<tr><td>Classification de Forrest</td><td>Corrélée au risque de récidive :
I : hémorragie en jet (IA, récidive 55 %), suintement diffus (Ib, récidive 55 %).
II : vaisseau visible sans saignement (IIa, récidive 40 %), caillot adhérent (IIb, récidive 20 %), tâches pigmentées (IIc, récidive 10 %).
III : cratère à fond propre (récidive 5 %).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dernière intention</td><td>= Traitement radiovasculaire (embolisation) ou chirurgical : en cas d'hémorragie non contrôlable ou récidivant rapidement sous TTT médical.</td></tr>
<tr><td>TTT préventif</td><td colspan="3">- Éviction des traitements gastro-toxiques.
- Rechercher et éradiquer Helicobacter pylori.
- Rediscuter l'indication d'un traitement préventif sous AINS, AGGP ou anticoagulant.</td></tr>
</table>

	Hypertension portale	Période initiale	- Ne pas viser une pression artérielle trop élevée : **objectif de PAM ~ 65 mmHg** - **Médicament vasoactif IV systématique pendant 5 jours** : somatostatine, terlipressine, octréotide : à débuter si suspicion de cirrhose/HTPortale - **Hémostase endoscopique** (VO) : ligature, colle, sclérose - **Antibioprophylaxie** systématique par **C3G** ou **fluoroquinolone** pendant 5-7 j, après bilan infectieux : prévention de la surinfection d'ascite/pneumopathie d'inhalation - **Laxatif osmotique** (lactulose) : prévention de l'encéphalopathie hépatique - **IPP en bolus puis IVSE systématique** : favorise l'hémostase gastrique - Hémorragie non contrôlable/récidivante : **shunt porto-systémique intra-hépatique = TIPS** sous contrôle radio ou **anastomose porto-cave chirurgicale** → **Risque de récidive maximal dans les 5 premiers jours**
		TTT préventif	**- Séances de ligature** jusqu'à disparition des varices **- β-bloquant** non cardio-sélectifs (propanolol, nadolol, carvedilol) à dose efficace - Discussion de **TIPS** préventif (si Child C ou Child B avec saignement actif à l'endoscopie)
	En cas d'échec de traitement endoscopique		**- Sonde de tamponnement œsophagienne de Blakemore** ou **de Linton** en cas de saignement œsophagien (rupture de varice) ou d'ulcère du cardia : contrôle temporaire, maintenue < 24 h (risque de complication pulmonaire ou de rupture œsophagienne). - **TTT radiologique** : **. Angio-TDM abdomino-pelvien** avant **artério-embolisation.** **. Shunt porto-systémique intra-hépatique** = **TIPS** si rupture de varice. **- TTT chirurgical** : **œsophagectomie, gastrectomie** ou **colectomie d'hémostase.**

HÉMORRAGIE DIGESTIVE CHEZ L'ENFANT

HÉMATÉMÈSE	Définition		- **Rejet de sang rouge ou noirâtre** au cours d'un effort de vomissements, d'origine digestive. - **Rarement sévère** en pédiatrie.
	DD		- Saignement ORL dégluti. - Hémoptysie.
	Démarche diagnostique		- Diagnostic souvent évident cliniquement. - Si **doute** (collapsus inexpliqué ou rectorragie abondante) : pose de **sonde gastrique.** - **Endoscopie digestive haute** pour déterminer la cause : en urgence seulement si hémorragie non contrôlée (geste hémostatique), non nécessaire pour un syndrome de Mallory-Weiss.
	Étiologies	**Nouveau-né**	- **Œsogastrite néonatale** : stress maternel, prise de médicaments à T3, aspiration traumatique…
		Nourrisson	- Sang d'origine maternelle dégluti chez un enfant allaité. - Rarement **œsophagite peptique** par reflux.
		Enfant	- **Ulcère surtout duodénal**. - **Gastrite** le plus souvent médicamenteuse.
		Autres	- Fréquemment **syndrome de Mallory-Weiss** (ulcérations œsophagiennes par vomissements répétés). - Plus rarement **rupture de varices œsophagiennes** en contexte d'hypertension portale : cavernome portal après un cathétérisme ombilical à la naissance.
HÉMORRAGIE BASSE	**Étiologies**	Nouveau-né	- Entérocolite ulcéro-nécrosante (prématuré). - Diarrhée infectieuse (Campylobacter).
		Nourrisson/ Enfant	- **Le plus fréquemment : fissure anale sur constipation.** **- Urgences** : invagination intestinale aiguë (3 mois – 3 ans), diverticule de Meckel. - Colites/diarrhées infectieuses. - Maladie de Crohn (grand enfant) : y penser si fissure anale avec aphtes, cassure de la courbe… - Causes traumatiques.
TTT	- Prise en charge en urgence selon importance du saignement et retentissement hémodynamique. - Traitement symptomatique non spécifique : VVP de bon calibre, monitorage cardiorespi, remplissage, transfusion… - Traitement étiologique : traitement de la constipation si fissure, IPP si H. pylori, réduction par lavement si invagination.		